



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

**Perfil Clínico Epidemiológico Del Cáncer Gástrico. Hospital
Víctor Ramos Guardia De Huaraz 2008 – 2018**

TESIS PARA OBTENER EL TTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

AUTORA:

Katherine Gisselle Carranza Depaz. (ORCID: 0000-0002-0151-2628)

ASESORA:

Dra. María Rocío Del Pilar Llaqué Sánchez. (ORCID: 0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Dedicado, a DIOS padre eterno, a la Virgen María, por darme una oportunidad más de vida y poder a llegar cumplir este meta, a mis padres por su perseverancia, confianza y esfuerzo diario para poder emprender este camino.

Al padre de mis hijos, por separarse de su hogar y demostrarme de que sola puedo salir adelante, y que Dios todo poderoso, todo lo sana y lo renueva.

A mis hijos Nathalie y Matheo, por ser mi motor y motivo para continuar por el rumbo correcto de mi profesión, que tanto amo y luche por conseguirlo.

A toda mi familia en general por su constante apoyo...

KATHERINE GISSELLE CARRANZA DEPAZ

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis asesores de tesis, Dra. María Roció Del Pilar Llaqué Sánchez, por su apoyo constante y sus consejos de madre y amiga, y al Dr. Roger Espinoza Torre, medico gastroenterólogo del hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, por su constante apoyo para el desarrollo y culminación de mi tesis.

Al personal del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, por permitirme realizar la búsqueda estricta de cada historia clínica.

A la Universidad Cesar Vallejo por la formación académica durante 6 años....

KATHERINE GISSELLE CARRANZA DEPAZ

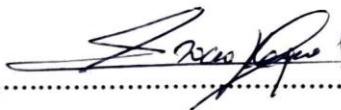
El jurado encargado de evaluar la tesis presentada por doña, Katherine Gisselle Carranza Depaz cuyo título es:

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ 2008 – 2018. Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, ortográficamente calificado de: 15.4. (número) Quince y 4/10 (letras)

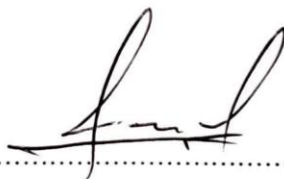
TRUJILLO, 30/05/2019



DR. PETER ANGELES REYES



DRA. MARÍA ROCÍO DEL P. LLAQUE SANCHEZ



MG. JAIME POLO GAMBOA

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vice Rectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, KATHERINE GISSELLE CARRANZA DEPAZ, con DNI 71796894, estudiante de la

Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos a información que acompañan a la Tesis Titulada Perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico. Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz 2008 – 2018 son: De mi Autoría

1. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
2. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
3. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad Cesar Vallejo.



KATHERINE GISSELLE CARRANZA DEPAZ
DNI: 71796894

Trujillo, 30 de mayo del 2019

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo presento ante ustedes la Tesis Titulada “Perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico. Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz 2008 – 2018”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

El Autor

INDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ACTA DE APROBACION DE TESIS	iv
DECLARACION DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCION	1
1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2 TRABAJOS PREVIOS	1
1.3. TEORIAS RELACIONADAS AL TEMA	3
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	5
1.5 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	5
1.6 HIPOTESIS	6
1.7 OBJETIVOS	6
II. METODOS	7
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION	7
2.2 VARIABLES	7
2.3 OPERALIZACION DE VARIABLES	8
2.4 POBLACION Y MUESTRA	9
2.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	9
2.6 METODO DE ANALISIS DE DATOS	10
2.7 ASPECTOS ETICOS	10
III. RESULTADOS	11
IV. DISCUSION	14
V. CONCLUSIONES	16
VI. SUGERENCIAS	17
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo del estudio, fue determinar el perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico en el hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz; obteniendo datos importantes en relación a la incidencia de 22.8/10000 pacientes y la prevalencia fue 28/10000 pacientes, en los 10 años de estudio. Pudimos observar que no hubo diferencias significativas en relación a la edad y sexo. Con referente a los antecedentes, se determinó que predominan el antecedente de cáncer gástrico y antecedente y metaplasia.

Con respecto al tipo histológico, la mayoría de pacientes presento, un tipo histológico localizado; respectivamente, la mayoría de la población deriva de la ciudad de Huaraz y lamentablemente no tuvo seguro integral de salud.

Este estudio fue realizado, para determinar las características epidemiológicas del cáncer gástrico, para demostrarnos la importancia del impacto de la enfermedad en dicha ciudad.

Palabras claves: *perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico – hospital Víctor Ramos Guardia*

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the epidemiological-clinical profile of gastric cancer at the “V́ctor Ramos Guardia” Hospital in Huaraz, obtaining significant data concerning incidence in 22.8/10000 patients, and the prevalence was 28/10000 patients in 10 years of study. No significant differences for age or sex were observed. Concerning medical history, previous gastric cancer and metaplasia were determined to predominate.

Most patients showed a localized histological type. Most of the population-sample came from the city of Huaraz and unfortunately did not have comprehensive health insurance.

This study was conducted to determine the epidemiological characteristics of gastric cancer, to demonstrate the importance of the impact of the disease in said city.

Keywords: *Epidemiologic clinical profile of gastric cancer – “V́ctor Ramos Guardia” Hospital*

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

A nivel del contexto mundial el cáncer representó la segunda causa de mortalidad; en el 2015, ocasionó cerca de nueve millones de decesos de los cuales cerca de 800,000 derivaron de procesos cancerígenos de estómago (9%). El 18% de las muertes se atribuyó a esta patología maligna y aproximadamente el 15% de los casos de cáncer diagnosticados tuvieron como causa una infección, como es la originada por el *Helicobacter pylori*, en el cáncer de estómago.¹

A pesar de su baja incidencia, el cáncer gástrico a nivel mundial, representó la tercera causa de mortalidad más común relacionada con el cáncer. Se estima que un millón de nuevos casos de cáncer gástrico se registraron anualmente. Dos de cada tres de estos cánceres se produjo en Asia oriental, Europa oriental y América del sur, con una proporción de mortalidad de 78%, en comparación con el 65% de los países industrializados. En el diagnóstico, uno de cada dos pacientes presentó enfermedad avanzada, con una tasa de supervivencia de 5 años menor del 30%. Más del 95% de los cánceres gástricos son adenocarcinomas. El cáncer gástrico de tipo intestinal es la variante más común del cáncer gástrico, representa el 50 – 70% de los casos, y su distribución geográfica coincide con el factor causativo que es la infección por *Helicobacter pylori*.²

El sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer en el Perú, estimó a fines del 2013 que ocurrieron aproximadamente 5100 decesos anuales por cáncer de estómago, constituyendo a nivel nacional el segundo puesto en la mortalidad por todo tipo de cánceres, siendo el primer lugar en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, la Región de la Libertad se ubica en el tercer lugar de la causa de muerte por cáncer.³

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Fehim S, et al (Argelia, 2017), determinaron las lesiones gástricas precancerosas en pacientes en el Hospital Universitario; analizaron retrospectivamente 116 casos de las historias clínicas de los pacientes. La edad media de la cohorte estudiada fue 59 años. Informó una proporción de sexo de 1,36 en género masculino (57.76%). La topografía del tumor se presentó principalmente en las regiones antrales y fúndica representando el (40.9%) y (22.7%) respectivamente. Fue más recurrente en el grupo de edad de 61 a 70 años seguido de 51 a 60 años con una tasa de (25%) y el (21.55%) respectivamente. No hubo significación estadística entre los dos géneros según la topografía del tumor ($P = 0.778$).⁴

Crespo R, et al (Cuba, 2017), determinaron las características clínico epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, en un hospital docente; realizaron un estudio transversal en 39 pacientes con cáncer de estómago. Entre los resultados se halló que el grupo más afectado fue la sexta década de vida en (25%), afectó más a los hombres en (57.76%), La sintomatología más frecuente fue: (56%) epigastralgas, el tipo ulcerativo

fue lo más visto ubicado en antro y píloro en (58.8%), el tipo adenocarcinoma intestinal predominó histológicamente (11.2%), presencia de *Helicobacter pylori* en el (64%) de los casos, la lesiones metastásicas estuvieron en el (69%) de casos. Concluyeron que la mayoría de los casos fueron diagnosticados en etapas avanzadas (40%), cuando se reduce la probabilidad de curación.⁵

Martínez M, et al (México, 2015), determinaron la frecuencia de adenocarcinoma gástrico y sus características histopatológicas de pacientes con adenocarcinoma gástrico intestinal y tipo difuso. De un total de 417 casos de adenocarcinoma gástrico, (55%) fueron de tipo difuso y (28.2%) de tipo intestinal. La edad media de los pacientes con cáncer gástrico de tipo difuso fue 54.02 ± 14.93 y el (51,3%) de los pacientes fueron hombres. La edad media de los pacientes con cáncer gástrico de tipo intestinal fue ± 63.43 , 13.78 y el (62%) fueron hombres. Noventa y dos de los pacientes de tipo difuso, fueron menores de 50 años, en comparación con 22 de los pacientes con carcinoma de tipo intestinal. Concluyeron que el carcinoma gástrico de tipo difuso es el subtipo más frecuente en nuestra población de estudio y se asocia con peor resultado.⁶

Su Yan, et al (China, 2014), estudiaron 2419 pacientes con cáncer gástrico, investigaron las características clínicas epidemiológicas en una comunidad rural entre el 2003 al 2013. Reportaron que el adenocarcinoma fue el principal tipo histológico de cáncer gástrico en esta área en (98 %). La edad de 55 a 65 años tuvo la alta incidencia de cáncer gástrico en (80%). Hubo más pacientes con cáncer gástrico masculino en (83.3%), que el femenino. El adenocarcinoma Intestinal era el tipo más común de cáncer en (65%). No hubo diferencias significativas en la proporción de sexos en cuanto a la infección por *Helicobacter pylori*. El impacto de los hábitos alimentarios en cáncer gástrico, demostró que el consumo regular de alimentos fritos o a la plancha esta en (55 %), consumo de sal en (40%), alimentos ricos en grasas y picantes (80%) y beber bebidas muy calientes 50% fueron factores importantes asociados con el cáncer gástrico .⁷

Parillo L. (Perú, 2017), evaluó ciertos caracteres endoscópicos y patológicos del carcinoma gástrico del Hospital Luis Sáenz entre el 2008 al 2013. Mediante una investigación transversal retrospectiva. Se revisaron los reportes de las endoscopías, en adultos de 30 años a más, en 92 casos de adenocarcinoma gástrico. Se reportó la prevalencia promedio (6.0/100), con una prevalencia de (4.0/100) en el 2009 y aumentó hasta el (8.0/100) en el 2013, afectando más a los varones con (6.2/100), afectando a la edad por debajo de 55 años con el (1.6/100), se presentó en mayores de 76 años el (4.2/100); hubo una presentación distal de 8 veces más frecuente que la proximal, predominó el tipo de histología intestinal con (7.5/100), se mencionó que el *H. pylori* invadió la mucosa gástrica en el (50%) de los casos, hubo metaplasia intestinal en el (40%) de casos de carcinoma gástrico.⁸

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

El término cáncer de estómago congrega al conjunto de neoplasias de tipo maligna caracterizada por un aumento autónomo de tejido celular gástrico anormal, debido a la pérdida del mecanismo regulador de la diferenciación proliferación y presencia de apoptosis.⁹

Epidemiológicamente las tasas de mortalidad de cáncer de estómago en América Central y Suramérica, estuvieron entre las más altas del mundo. Se estimó que el cáncer de estómago se encuentra dentro de las cinco causas más frecuentes en el diagnóstico de cáncer. Entre los países de América Central y Suramérica, la incidencia fue más alta comparada con otros continentes. Los varones tuvieron 3 veces más riesgo que las mujeres. En la década pasada los países que tuvieron mayores tasas fueron Chile, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Brasil y Perú. En las dos últimas décadas 2008, la incidencia disminuyó en 4% por año en Brasil, Chile y Costa Rica; la mortalidad disminuyó en un 4% en Costa Rica y Chile. El 60% a 96% de los casos de cáncer fueron no específicos en lo referente al sitio gástrico. La variación en las tasas reflejó diferencias en la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y otros factores de riesgo. La alta mortalidad reflejó deficiencias en el acceso profesional de la salud. La alta proporción de casos no específicos, llamaron para mejorar los procesos de registro de cáncer.¹⁰

Algunos factores de riesgo pudieron ser diferentes para cánceres gástricos (CG) proximales y distales. Los factores de riesgo importantes incluyeron los adenomas gástricos o displasia y gastritis atrófica crónica. La cirugía gástrica previa aumentó el riesgo de CG. El CG es más común entre los hombres, independientemente de la región geográfica. La incidencia de CG muestra un fuerte incremento después de los 50 años. El CG ocurrió entre el 0.1 al 3% de los pacientes con infección de *H. pylori*. Estudios prospectivos de los países occidentales sugirieron que el CG fue 3 veces más frecuente en individuos con infección crónica por *H. pylori*. La ingesta alta de conservas en vinagre, alimentos ahumados, salados o conservas de alimentos y baja ingesta de frutas y verduras aumentaron el riesgo de CG.¹¹

Existe asociación entre el consumo de alcohol y CG de los cardias. La obesidad y el sobrepeso se asociaron con un mayor riesgo de CG. Antecedentes familiares de CG se observaron en hasta un 10-15% de los casos. Una historia de CG en hermanos o padres se asocia con al menos 2 veces mayor riesgo de CG. Dicho cáncer es parte de síndromes hereditarios como el cáncer de colon hereditario sin Poliposis y cáncer gástrico difuso hereditario. Un subgrupo de los CG se asoció a infección por virus Epstein - Barr entre un 7% a 18% de todos los casos. Otros factores de riesgo incluyeron el nivel socioeconómico, linfoma de estómago, región geográfica, enfermedad de Menetrier (gastropatía hipertrófica), anemia perniciosa y grupo sanguíneo A.¹²

Entre los tipos de clasificación más utilizada, el tipo histológica, según Laurén que reconoció dos tipos básicos de neoplasias, las de tipo difuso que se subdividió en adenocarcinoma de células en anillos de sello, el tipo mucinoso y el indiferenciado. En cambio, el de tipo intestinal se subdividió en adenocarcinoma papilar y tubular.¹³

Entre los tratamientos quirúrgicos, la gastrectomía; sea de forma total o parcial, acompañado con la excresis de los ganglios linfáticos, fue considerado como la terapia quirúrgica del carcinoma gástrico insitu, como también el avanzado. Mientras que la endoscopia fue aplicada a ciertos casos especiales. En cuanto a la quimioterapia o quimiorradioterapia coadyuvante o neoadyuvante, ocurrieron tras realizarse el tratamiento quirúrgico. Es necesario recalcar de manera global que, en muchos países, los individuos con carcinoma gástrico estuvieron en una etapa avanzada e incurable llegando a una frecuencia entre el 60% hasta el 70% de la totalidad de sujetos con carcinoma gástrico.¹⁴

Fue importante el diagnóstico oportuno del cáncer de estómago, para lo cual se evaluaron el potencial de estos marcadores bioquímicos para predecir no solo la presencia de células neoplásicas gástricas, sino también la respuesta al tratamiento de los tumores a la quimioterapia. En varios casos, los marcadores basados en el perfil molecular del tumor fueron comparados con la terapia antes de aplicar los perfiles moleculares. Una relación entre ciertos marcadores como el MP y PFSs de más de 1.3 MP fueron considerados clínicamente significativos, por lo tanto; indicó una tórpida evolución de la enfermedad. Por lo tanto, el probar la hipótesis de que el tumor MP guía la selección de régimen terapéutico óptimo para tratamiento individualizado es un hecho y existen los medios para realizarlo.¹⁵

Tumores que contienen virus de Epstein-Barr (EBV), donde la alta prevalencia de hipermetilación del ADN, amplificación de JAK2 y de conocidos supresores de ligandos de muerte programada de la respuesta inmune 1 (PD-L1) y 2 genes (PD-L2) son comunes. Este grupo representa aproximadamente el 10% de los cánceres, casi el 80% tiene una alteración de la proteína, cambiando en el camino de gen PIK3CA.2. Tumores con inestabilidad de microsatélites, donde una alta tasa de mutaciones, incluyendo mutaciones de genes que codifican proteínas de señalización oncogénicas targetable ocurren debido a un mal funcionamiento en el ADN, mecanismos de reparación. Aproximadamente el 20% de los tumores se clasifican en este grupo.¹⁶

La mayoría de los tumores se categorizan como "cromosómico inestable". Estos tumores Muestran marcado aneuploide y tienen un considerable número de amplificaciones genómicas de cinasas de tirosina de receptores clave, genes de regulación del ciclo celular y factores de transcripción. Este grupo representa aproximadamente la mitad de las muestras de cáncer (50%) y se encuentra con frecuencia en la unión gastroesofágica (GEJ).¹⁷

El último grupo está clasificado como "genómicamente estable", carece de las características moleculares de los otros tres subtipos y tiene tumores enriquecidos para la variante histológica difusa, con aproximadamente el 30% de ellos tiene mutaciones o fusiones en la señalización de RHOA vía. Este grupo representa el 20% de los cánceres

gástricos que se caracterizan por la ausencia de altos niveles de aneuploidía y alto potencial metastático.¹⁸

En el Perú, de acuerdo a los registros de cáncer gástrico poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha calculado que en el 2004 han ocurrido 4,541 casos nuevos. En Lima, para el período 2004-2005, el cáncer estómago se situó en el primer lugar, cuando se agrupa a ambos sexos, con una tasa de incidencia estandarizada de 17.26 casos por 100 mil habitantes, en un promedio de 1,450 casos por año, con una disminución de (44%) y (20%), en hombres y mujeres. De acuerdo a Globocan 2008, en el Perú han ocurrido 5,215 casos en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 21.2 casos por 100,000 habitantes; lo cual se estima que fallecieron 4,520 pacientes por esta causa. Podemos deducir que la letalidad es alta en cáncer de estómago (86.7%).¹⁹

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, muestra que, en los últimos años, se ha reducido la prevalencia de algunos factores de riesgo en la población peruana, como el consumo de tabaco y el consumo de alcohol; mientras que, la obesidad, la falta de agua potable y la consecuente infección por *Helicobacter pylori*, tienen tendencia ascendente. De un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, el cáncer de estómago se registró en (11.1%). El cáncer de estómago constituyó la tercera causa de egresos hospitalarios por cáncer en el 2011. La tendencia de los egresos para este cáncer en el período 2006-2011 ha sido levemente ascendente.²⁰

El mal pronóstico del cáncer gástrico se asocia a los síntomas como dolor abdominal, indigestión, pérdida de apetito, baja de peso, hemorragias digestivas entre otros, siendo mal identificados por los pacientes de bajos recursos de la serranía del Perú, es cuando el paciente presenta la enfermedad en estado avanzado y mayor tasa de mortalidad. En la sierra del Perú, la falta de un diagnóstico precoz, de síntomas y de especialistas oncólogos o sub- especialistas no oncológicas explican, la alta tasa de muerte por cáncer gástrico en regiones pobres.²¹

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el periodo 2007 al 2018?

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La relevancia del estudio radica en que, la epidemiología cobra cada día más importancia dentro del trabajo del profesional de la medicina, esto significa; que sirve para identificar síndromes nuevos, mediante estudios de campo, donde concurren realmente los hechos. También, nos ayuda a establecer factores etiológicos, mediante los estudios epidemiológicos correspondientes, ayuda a identificar grupos vulnerables, mediante estudios en la comunidad y grupos, determinando aquellos candidatos a sufrir enfermedades debido al conocimiento de sus hábitos, costumbres y modos de vida.

Describe los problemas de salud en una comunidad en la misma forma que el clínico lo establece en el paciente, y a su vez conocer el curso de la enfermedad en la misma comunidad; para ello es importante conocer los índices presentes de incidencia y prevalencia de la enfermedad. Establece predicciones sobre posibles situaciones epidémicas, que ayudan a las autoridades de salud a tomar las medidas pertinentes, orientando los programas de salud y de la enseñanza médica, determinado las necesidades de servicios de salud y evaluar el resultado de las acciones médico preventivas.

El cáncer gástrico se ubica en el segundo lugar, dentro de las neoplasias que afecta ambos sexos, considerándose un problema de salud pública, debido al impacto social y económico que ocasiona. Es reconocido el papel que tiene la predisposición genética, así como otros factores de riesgo en la aparición del cáncer. En esta oportunidad se busca identificar la presencia de algunos factores de riesgo, como también algunas particularidades clínicas y epidemiológicas, con el fin de caracterizar su comportamiento en la población de pacientes que asisten al Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

Las conclusiones y resultados obtenidos permitirán graficar de manera actualizada el comportamiento del cáncer gástrico, sirviendo como base para estudios descriptivos posteriores, proveyendo información con el ánimo de generar conocimiento y divulgarlo a los proveedores de servicios de salud que intervienen en el sistema de salud, generando acciones de promoción, prevención y detección temprana.

1.6 HIPÓTESIS

En el presente estudio por ser de naturaleza descriptivo simple, no se requiere plantear una hipótesis

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico.

1.7.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Estimar la incidencia y prevalencia según edad y sexo del cáncer gástrico en la población del hospital en el periodo de estudio.
- Calcular la letalidad según edad y sexo del cáncer gástrico en el periodo de estudio.
- Identificar los factores de riesgo presentes.
- Describir las características clínicas de la enfermedad.
- Describir el tipo histológico y el tipo de seguro.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicado

DISEÑO DE INVESTIGACION: Descriptivo, simple.

2.2. VARIABLES

Perfil clínico epidemiológico

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACION	ESCALA DE MEDICIÓN
Perfil Clínico Epidemiológico o del cáncer gástrico	Es el comportamiento de la patología en los pacientes, y sus formas clínicas que ayudan a caracterizar al cáncer gástrico.	Se tomará en cuenta los datos descritos en la Historia clínica síntomas y signos Dolor epigástrico Flatulencia Reflujo esofágico Pérdida de peso Melena Vómitos Otros	1 2 3 4 5 6 7	Cualitativo nominal
	Sub variables: a) Perfil clínico: Es la signología y síntomas, medios diagnósticos, complicaciones y características relacionados con el cáncer gástrico. ¹⁹	Tipo histológico Difuso Localizado sexo Masculino Femenino	1 2 1 2	Cualitativo nominal
A) Perfil epidemiológico	Es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo del cáncer gástrico, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo. ¹⁹	Edad Menor de 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años 70 años a mas	1 2 3 4 5	Cualitativo nominal
		Factores de riesgo Alcohol Tabaco Familiar con cáncer gástrico Obesidad Cirugía de estómago Helicobacter Pylori Otros.	1 2 3 4 5 6 7	Cuantitativo por intervalo Cualitativo nominal

2.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION: Estuvo constituido por todos pacientes diagnosticados con cáncer gástrico atendidos en el hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, durante el periodo 2008 al 2018.

TAMAÑO DE MUESTRA: En el presente estudio se analizaron a todos los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico.

Unidad de análisis: Cada paciente con cáncer gástrico que cumpla con los criterios.

Unidad de muestra: La historia clínica de cada paciente con cáncer gástrico.

Muestreo: En el estudio se trabajó con todos los pacientes con diagnóstico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Que tenga estudio anatomopatológico.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyos datos estén incompletos en su historial clínico.

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

LA TÉCNICA:

Consistieron en la revisión documentaria, en este caso la revisión del historial clínico de los pacientes con cáncer gástrico, incluyendo los exámenes auxiliares correspondientes...

PROCEDIMIENTO:

Tras obtenerse el permiso de la dirección del Hospital, se tuvo acceso al área de estadística o archivo clínico, a fin de obtener la información requerida del presente trabajo. se realizó la revisión de las historias clínicas, se seleccionaron las que cumplieron con los criterios de inclusión y se trasladó la data a la ficha de recolección de datos. Este proceso se llevó a cabo durante 5 semanas, juntamente con la ayuda del asesor técnico y personal de salud.

INSTRUMENTO:

Tuvo dos partes la primera comprendió el perfil clínico que comprende los signos, síntomas y tipo histológico, mientras que, la segunda parte incluyo datos epidemiológicos como el sexo, edad, factores considerados como riesgo. (Ver Anexo 01).

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue validado por opinión de tres profesionales expertos en salud, los cuales evaluaron los ítems incluidos en la investigación, garantizando su coherencia en el cumplimiento de los objetivos del estudio.

2.8. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos estuvieron procesados aplicando Microsoft Excel Office 2016 y el programa estadístico IBM-SPSS 25.v.0, la información se presentó en las tablas de frecuencia simple y relativa, acorde con los objetivos que se planteó en la presente investigación. Se aplicó estadísticas descriptivas para el análisis, incidencia, prevalencia y letalidad. Se establecieron la tendencia de la prevalencia, incidencia y letalidad mediante la regresión lineal. Se utilizarán los gráficos de barras o polígonos según sea el caso.

2.9. ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio se realizó respetando los criterios de la Normas de Ética en la investigación, considerados en la Declaración de Helsinsky, WMA. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 2013²². considerando que es un estudio descriptivo, se preservó la confidencialidad y la información obtenida, sólo tendrá acceso a ella el personal investigador; se obtuvo también la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del Hospital de Huaraz, donde se realizó esta investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 01: Prevalencia e incidencia del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el periodo 2008 – 2018.

Años	N° Total De Pacientes Por Año	N° Casos	N° Casos Nuevos	Incidencia /10000 Hb.	Prevalencia /10000 Hb.	N° fallecidos	Letalidad
2007	5760	20	14	24.3	34.7	20	100%
2008	6416	45	33	51.4	70.1	22	48.88%
2009	6825	26	22	32.2	38.1	26	100%
2010	7109	11	9	12.7	15.5	11	100%
2011	7101	13	11	15.5	18.3	13	100%
2012	7325	13	11	15	17.7	13	100%
2013	7716	15	13	16.8	19.4	15	100%
2014	7869	16	14	17.8	20.3	16	100%
2015	8259	21	18	21.8	25.4	21	100%
2016	8846	14	13	14.7	15.8	14	100%
2017	8770	26	25	28.5	29.6	26	100%
2018	8995	35	25	27.8	38.9	35	100%
TOTAL	90991	255	208	22.9	28	219	85.8/100

Fuente: historia clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Tabla 02: Prevalencia e Incidencia según edad y sexo del cáncer gástrico en la población del hospital en el periodo de estudio

	N° Total De Pacientes	N° Casos	N° Casos Nuevos	Incidencia /10000 Hb.	Prevalencia /10000 Hb.
SEXO					
Femenino	90991	129	108	11.9	14.2
Masculino	90991	126	100	11.0	13.8
EDAD					
<40	90991	28	20	2.2	3.1
41 a 50	90991	28	21	2.3	3.1
51 a 60	90991	61	50	5.5	6.7
60 a 70	90991	43	40	4.4	4.7
70 a mas	90991	95	77	8.5	10.4
TOTAL	90991	255	208	22.9	28.0

Fuente: historia clínica de pacientes.

Tabla 03: Fallecidos según edad y sexo en pacientes con cáncer gástrico

	Vivo		Fallecido				Letalidad/100 hab.
	N	%	N	%	N	%	
Edad							
<40	4	11.1	24	11	28	11	85.7
41 A 50	2	5.6	26	11.9	28	11	92.9
51 A 60	8	22.2	53	24.2	61	23.9	86.9
60 A 70	7	19.4	36	16.4	43	16.9	83.7
70 A más	15	41.7	80	36.5	95	37.3	84.2
Total	36	100	219	100	255	100	85.9
Sexo							
Femenino	17	47.2	112	51.1	129	50.6	86.8
Masculino	19	52.8	107	48.9	126	49.4	84.9
Total	36	100	219	100	255	100	85.9

Fuente: historia clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Tabla 04 factores de riesgo de cáncer gástrico.

Factores De Riesgo	SI		NO	
	N	%	N	%
Antec De Ca Gástrico en familia	91	35.7	164	64.3
Obesidad	64	25.1	191	74.9
Cirugía Previa De Estomago	49	19.2	206	80.8
Antecedente De H. Pylori	62	24.3	133	52.2
Antec De Metaplasia	37	14.5	218	85.5
Antec De Displasia	82	32.2	173	67.8
Fumador	38	14.9	217	85.1
Antec De Gastritis Atrófica	44	17.3	211	82.7
Alcoholismo	55	21.6	200	78.4

Fuente: historia clínica de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Tabla 05: Características Clínicas de cáncer gástrico

Características clínicas	N	%
Signos y Síntomas		
Flatulencia	43	16.9
Epigastralgia	65	25.5
Reflujo Gastroesofágico	80	31.4
Pérdida De Peso	102	40
Melena	49	19.2
Vómitos	49	19.2
Palidez	131	51.4
Tipo Histológico		
Difuso	92	36
Localizado	163	64

Fuente: historia clínica de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

Tabla 06: Procedencia de los pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el periodo 2008 – 2018.

	N	%
Procedencia		
Bolognesi	7	3
Carhuaz	30	12
Huaraz	132	52
Huari	12	5
Huaylas	16	6
Recuay	10	4
Yungay	16	6
Otros	32	13
Seguro		
Essalud	1	0.4
Seguro Integral	113	44.3
Sin Seguro	141	55.3
Total	255	100

Fuente: historia clínica de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio, pudimos determinar el perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico en pacientes atendidos, en el hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz, en el periodo 2008 – 2018. Obteniendo datos epidemiológicos muy importantes evaluándose 255 historias clínicas, de las cuales se muestran en el siguiente resultado.

En la tabla 1 vemos que, de 90991 pacientes, se detectaron 255 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, representando una incidencia global de 22.9/10000 pacientes, una prevalencia de 28/10000 y la letalidad fue de 85.88/100 pacientes, durante el periodo de estudio. En el 2008 la incidencia y prevalencia fueron de 51.4/10000 y 70.1/10000 pacientes, el 2009 los valores también fueron altos, una incidencia de 32.2/10000 y prevalencia de 38.1/10000; durante los años posteriores hasta la actualidad se realizaron campañas de prevención de cáncer gástrico basados en sus síntomas importantes impulsados por la estrategia sanitaria. Se observa también que la tendencia fue disminuyendo, tanto en la incidencia y prevalencia, durante el periodo 2010 – 2016. Observándose un incremento en los años 2017 (incidencia de 28.5/10000 hb y prevalencia de 29.6/10000 hb), y el 2018 (incidencia de 27.8/10000 hb y prevalencia de 38.9/10000 hb), en estos años la estrategia sanitaria del minsa, aumento la captación de pacientes.

Indicadores con mucha similitud reportaron; Parillo L.⁸ estudio ciertos caracteres endoscópicos y patológicos del carcinoma gástrico Se reportó la prevalencia de (6.0/1000 hb), con una incidencia de (4.0/ 1000), cifras muy cercanas a nuestro estudio, y la letalidad en el periodo fue de 85.88/100 pacientes, siendo menor el 2008 con 48.88%

En la tabla 2, podemos observar que la mayor prevalencia e incidencia en el grupo etario en los mayores de 70 años de 10.4/10000 y de 8.5/10000 pacientes. Observamos que no existe diferencias significativas en la incidencia y prevalencia de según sexo. En femenino (incidencia de 11.9/10000 y prevalencia de 14.2/10000) y en masculino (incidencia 11.0/10000 y prevalencia de 13.8/10000). ligera disminución en el sexo masculino. También encontramos que Datos similares a Fehim S, et al⁴, que encontró más recurrente en el grupo de edad de 61 a 70 años seguido de 51 a 60 años con una tasa de (25%) y el (21.55%) respectivamente. Parillo L⁸ encontró que el cáncer gástrico afecta también en mayores de 76 años en (42%);, afectando más a los varones con (62%) lo que discrepa en nuestro estudio ligeramente en cifras; Su Yan, et al⁷, evaluaron que la edad de 55 a 65 años tuvo la alta incidencia de cáncer gástrico en un (80%). Hubo más pacientes con cáncer gástrico masculino en (83.3%), que el femenino.

En la tabla 3, detallamos la letalidad por grupo etario y por sexo, donde encontramos que de un total de 255 pacientes con cáncer gástrico, 219 fallecimientos ocurridos del 2007 al 2018 con una tasa global de letalidad de 85.9/100 pacientes con cáncer; observamos también, que la tasa de letalidad se presenta con mayor frecuencia en las edades de 41 a 50 años con una tasa de 92.9/100 pacientes con cáncer gástrico, seguido del grupo de 51 a 60 años, en un total de 85.9/100 pacientes, considerando además que el sexo femenino tuvo una tasa de letalidad muy cerca al sexo masculino de 86.8/100 y de 84.9/100 pacientes respectivamente

La OMS¹ menciona indicadores de letalidad global donde brinda soporte a nuestro estudio donde explica que, el 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. En el Perú, el Ministerio de salud¹⁹, Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas reporta que han ocurrido 5,215 casos en el año 2008, lo cual se estima que fallecieron 4,520 pacientes por esta causa. Podemos deducir que la letalidad es alta en cáncer de estómago (86. 7%).reforzando nuestro estudio.

En la tabla 4, visualizamos los factores de riesgo de las personas con cáncer gástrico como el antecedente previo de cáncer gástrico con mayor porcentaje pues presenta un 35.7% luego tenemos en un 32.2 % antecedentes de displasia, seguido de la obesidad en un 25.1%, junto con un 24.3% de antecedentes de H. pylori y en una menor frecuencia antecedentes de metaplasia y personas fumadoras en un 14.9 %. Rondan G²⁴ encontró que de los pacientes atendidos en el Consultorio Externo del Servicio de Gastroenterología del HNHU Lima, durante el año 2014, se observó algunos casos que representa el 32.14%, estos tenían antecedentes familiares de cáncer gástrico, no presentando diferencias en nuestro estudio, se observó también que el 71.43% presentaron infecciones por H. Pylori cifra muy por encima a lo encontrado, el 10.71% presentaron Gastritis crónica atrófica y el 5.95% presentaron Pólipos adenomatosos >2cm.

En la tabla 5, Apreciamos los signos y síntomas que caracterizaron a nuestros pacientes que presentan cáncer gástrico siendo el más representativo la palidez en las personas cuyo porcentaje es del 51.4%, otro síntoma que prevalece en los pacientes es la pérdida de peso con un 40%, así como también el reflujo gastroesofágico con un 31.4% y en un menor porcentaje de 16.9%, de flatulencia. Según el tipo histológico el 64 % es localizado. Martinich M²⁵ , de acuerdo a la clasificación de lauren según el tipo histológico fue de tipo intestinal cercana al 60% de los casos, pérdida de peso 50%, epigastralgia 46.8% anemia

29.2 % y vómitos 21.8% cifras que guardan distancia con nuestros resultados; esto debido a las diferentes estilos de vida de cada población, a esto también se asocia el conocimiento médico.

En la tabla 6 describimos la procedencia de los pacientes con cáncer gástrico el 52% proceden de Huaraz donde representa la mayor parte de nuestra población de estudio de Bolognesi en un 3%, de otros lugares un 13%. Un 55% los pacientes con cáncer gástrico no tienen seguro. Esto debido a que no existe una adecuada información por parte de los servicios de salud; ya que la población campesina se estabiliza en la misma ciudad, por tanto, puede adquirir un seguro integral de salud, esto puede ser posible por su propia condición social.

V. CONCLUSIONES

- La incidencia en el periodo de estudio fue 22.8/10000 pacientes y la prevalencia fue 28/10000, siendo las tasas anuales mayores en los años 2008 y 2009. Disminuyendo en los años 2009 al 2016 aumentando en los años 2017 al 2018. Según edad y sexo; la incidencia y prevalencia fue mayor en los mayores de 70 años y, en relación al sexo, hubo discreta predominancia en las mujeres.
- Respecto a la letalidad en el periodo de estudio fue de 85.88/100 pacientes con cáncer, demostrándose el 2008 la tasa de letalidad más baja, menor al 50%, según edad la mayor letalidad fue en la población de 41 a 50 años, seguido los de 51 a 60 años. Y en relación al sexo leve predominancia en las mujeres.
- Los factores de riesgo presentes más frecuentes fueron, antecedentes de cáncer gástrico en la familia, y Antecedente de metaplasia y obesidad.
- En relación a las características clínicas, predominó la palidez seguido de pérdida de peso y reflujo gastroesofágico, y según tipo histológico, la forma localizada fue más frecuente.
- Respecto a la procedencia, el 52% procedían de Huaraz y según el tipo de seguro, más del 50% no tuvo seguro integral de salud.

VI. SUGERENCIAS

Continuar haciendo anualmente el seguimiento de ese tipo de daños que permite ver su evolución en el tiempo y facilita la gestión de los servicios de salud.

Esto con la finalidad de mejorar, el servicio de salud frente a este tipo de daño, que va afectando a la población huaracina y puede ser diagnosticado precozmente la información será útil para el establecimiento, a fin de incrementar sus actividades de promoción, protección específica y diagnóstico precoz del daño.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Washington. OMS. 2018. Acceso (25/05/2019) Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Rugge M, Fassan M, Graham. Epidemiology of Gastric Cancer. Geneva: Springer International Publishing Switzerland 2015. Acceso (25/05/2019) Disponible en: https://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9783319158259-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1511371-p177264158.
3. Dirección General de Epidemiología La investigación epidemiológica en la prevención y control del cáncer de estómago: Retos y perspectivas Boletín Epidemiológico Lima Perú; 2013; 51: 2-4. Acceso: (25/05/2019) Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2013/51.pdf>
4. Fehim S, Bouhaous R, Diaf M, Mokhtar A, Boumediene M. Epidemiological profile of gastric cancer in the northwestern region of Algeria: about 116 cases. *Gastrointest Oncol* 2017;8(4):659-664. Acceso: (25/05/2019) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/jgo.2017.06.02>
5. Crespo R, González P, Lopez V, Pagarizabal N. Gastric cancer in patients attending the digestive endoscopy service *Rev Ciencias Médicas* 2017; 21 (5). Acceso (25/05/2019) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=77053>
6. Martínez M, Galindoa F, Dorsey A, Carmona A, Angeles R, Peñavera C. Histopathologic characteristics of gastric adenocarcinoma in Mexican patients: A 10-year experience at the Hospital Juárez de México. *Revista de Gastroenterología de México* 2015; 80(1):21-26. Acceso: (25/05/2019) Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-vol-80-num-1-sumario-S0375090615X00024>
7. Su Yan, Bin Li, Zhen-Zhong Bai, Jun-Qi Wu, Da-Wei Xie, Ying-Cai Ma, et al. Clinical

- epidemiology of gastric cancer in Hehuang valley of China: A 10-year epidemiological study of gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 2014 August 14; 20(30): 10486–10494. Acceso: (25/05/2019) Disponible en <https://europepmc.org/articles/pmc4130857>
8. Parillo L. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un hospital público peruano. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2017 Jul [citado 10 de mayo del 2018];37(3):209-216. Acceso:(25/05/2019) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292017000300003&lng=es.
 9. Granados M, Arrieta O, Hinojosa G. Tratamiento del cáncer: Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. México: Manual moderno; 2016. Disponible en <https://books.google.com.pe/books?id=RqrBCwAAQBAJ&pg=PT1087&dq=FISIOPATOLOGIA+DEL+CANCER+GASTRICO+.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8dzn7tjaAhPN8KHemjBmIQ6AEINzAD#v=onepage&q=FISIOPATOLOGIA%20DEL%20CANCER%20GASTRICO%20.&f=false>
 10. The Italian Research Group for Gastric Cancer. Guidelines for gastric cancer staging and treatment. Roma. Sicitalia.org 2016. Acceso: (25/05/2019) Disponible en: <http://www.sicitalia.org/Content/MediaFromDB/8482dcf6-a2b0-43bc-93b6-22e49f19f7fe.pdf>.
 11. Sierra M, Cueva P, Bravo L, Forman D. Stomach cancer burden in Central and South America. *Cancer Epidemiology* 44S (2016) S62–S73. Acceso: (25/05/2019) disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1877782116300339/1-s2.0-S1877782116300339-main.pdf?_tid=e48453bf-42a6-444f-8595-70cbe655b473&acdnat=1524772434_fb7f4f73de84137b40029534af4b922f
 12. Kaur T, Sucharita V. Indian Council of Medical Research, New Delhi. Ansari Nagar, 2014. Acceso:(25/05/2019)Disponible en: <http://www.icmr.nic.in/guide/cancer/Gastric/Gastric%20Cancer%20Final%20pdf%20for%20farrow.pdf>
 13. Macmillan Cancer Support. Understanding stomach cancer. London. British Red Cross. Acceso:(25/05/2019) 013. Acceso: (25/05/2019) Disponible en. <http://be.macmillan.org.uk/Downloads/>

- [CancerInformation/CancerTypes/MAC11641understandingStomache0920130909.pdf](#)
14. Guzmán S, Norero E. Cáncer Gástrico. Rev Med Condes 2014; 25(1) 105-113. Acceso (25/05/2019) Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/8_Dr.-Carlos-Garc-%C2%A1a-C.pdf.
 15. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. Rev Chil Cir. 2017;69(6):502---507. Acceso (25/05/2019) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301533>
 16. Secretaria de Salud. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma gástrico. México: IMSS-ISSSTE. 2013. Acceso (25/05/2019) Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/167_GPC_CA_GAS_TR_ICO/Grr_cancergastrico.pdf
 17. Kankeu L, Yee N. Molecular Characterization of Gastric Carcinoma: Therapeutic Implications for Biomarkers and Targets. Biomedicines 2018, 6, 32. Acceso (25/05/2019) Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v24/i26/2818.htm>
 18. Charalampakis N, Economopoulou P, Kotsantis L, Tolia M, Schizas, Liakakos T. Cancer Medicine published by John Wiley & Sons Ltd.2017. acceso (25/05/2019) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5773977/>
 19. Ministerio de salud, Instituto nacional de Enfermedades Neoplasicas, Guía de práctica clínica, Cáncer Gástrico, Peru, Abril 2011. Acceso(25/05/2019) Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/07022011_RJ029_CA_GASTRICO_2011.pdf
 20. Ministerio de salud del Perú, Dirección General de Epidemiología, Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Primera edición, Lima, noviembre 2013. acceso(25/05/2019) Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
 21. Junior Smith Torres-Román1a, Oswaldo Grados-Sánchez2b. Cáncer gástrico en el Perú: una realidad susceptible de cambio, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (SOCEMI), Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú 2015. Acceso(25/05/2019). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n3/a13v35n3.pdf> .
 22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Disponible es: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de->

[helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/](#)

. <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/-Rondan G>

23. Factores De Riesgo Asociados Al Cáncer Gástrico En Pacientes Atendidos En El Consultorio Externo Del Servicio De Gastroenterología Del Hnhu Durante El Año 2014
Acceso (25/05/2019) disponible

en

:http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/768/1/RondanFabiola_pdf_2016.pdf

24. MARTINICH M Sobrevida De Pacientes Con Cancer Gastrico Atendidos En El Hospital Regional De La Ciudad De Punta Arenas . Acceso (25/05/2019). Disponible en:

<http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/441/M>

[aira Martinich.pdf;jsessionid=3FCFA0714FEB1A7A48E12D27F2DA4211?sequence=2](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/441/Maira_Martinich.pdf;jsessionid=3FCFA0714FEB1A7A48E12D27F2DA4211?sequence=2)

VIII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Se tomará en cuenta los datos descritos en la Historia clínica.

ASPECTOS CLÍNICOS

SINTOMAS Y SIGNOS

Dolor epigástrico	()
Flatulencia	()
Pérdida de peso	()
Melena	()
Vómitos	()
Palidez	()
Reflujo Gastroesofágico	()

TIPO HISTOLÓGICO

Difuso	()	Localizado	()
--------	-----	------------	-----

SEXO

Masculino	()	Femenino	()
-----------	-----	----------	-----

EDAD

Menor de 40 años	()
41 a 50 años	()
51 a 60 años	()
61 a 70 años	()
70 años a mas	()

FACTORES DE RIESGO

Antecedentes de Familiares con cancer gastrico	()
Raza	()
Obesidad	()
Cirugía previa de estómago	()
Antecedentes de Helicobacter Pylori	()
Antecedentes de Metaplasia	()
Antecedentes de Displasia	()
Antecedentes de Gastritis atrófica	()
Fumador	()

Alcoholismo	()
<hr/>	
PROCEDENCIA	
Bolognesi	()
Carhuaz	()
Huaraz	()
Huaylas	()
Recuay	()
Yungay	()
Otros	()
<hr/>	
SEGURO	
Essalud	()
Seguro integral	()
Sin seguro	()

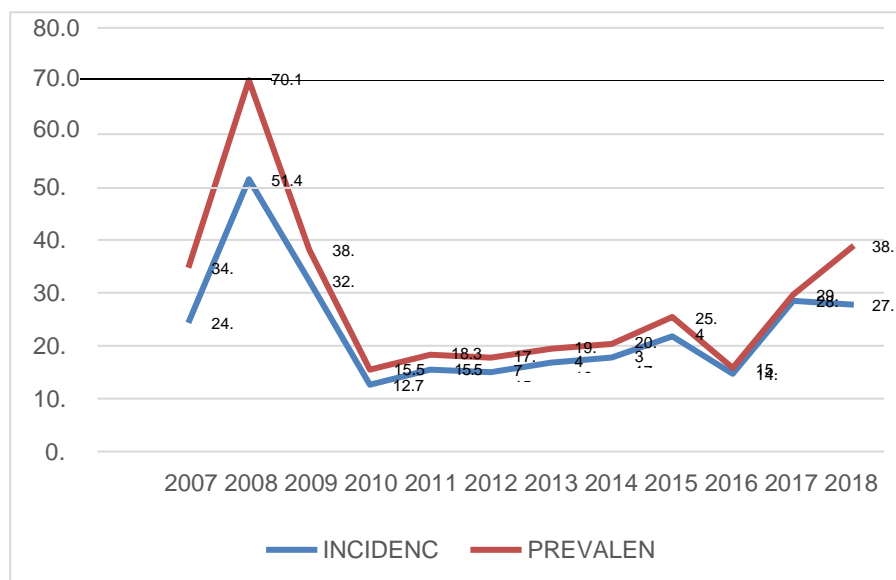


Gráfico 01: Prevalencia e incidencia del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el periodo 2008 – 2018.

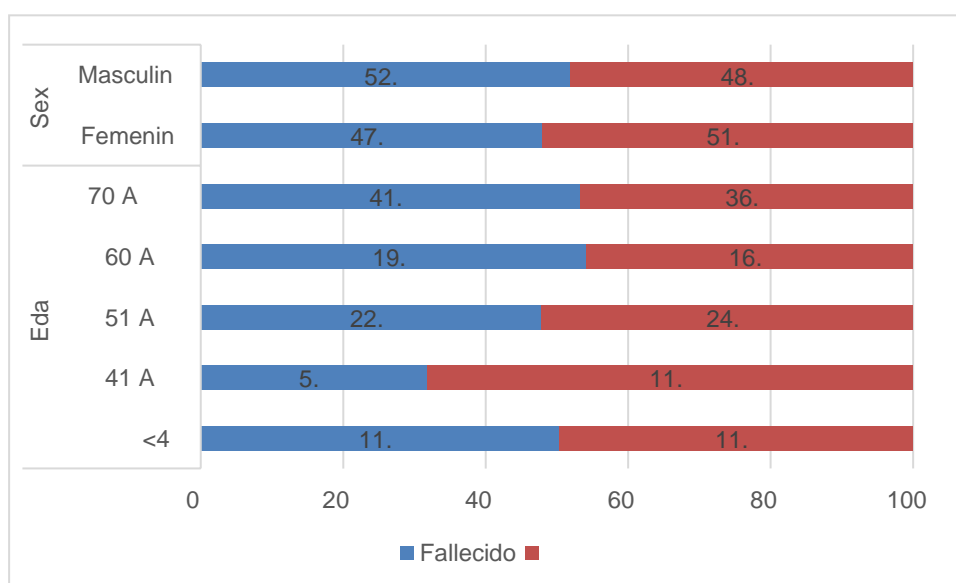


Gráfico 02: letalidad según edad y sexo en pacientes con cáncer gástrico

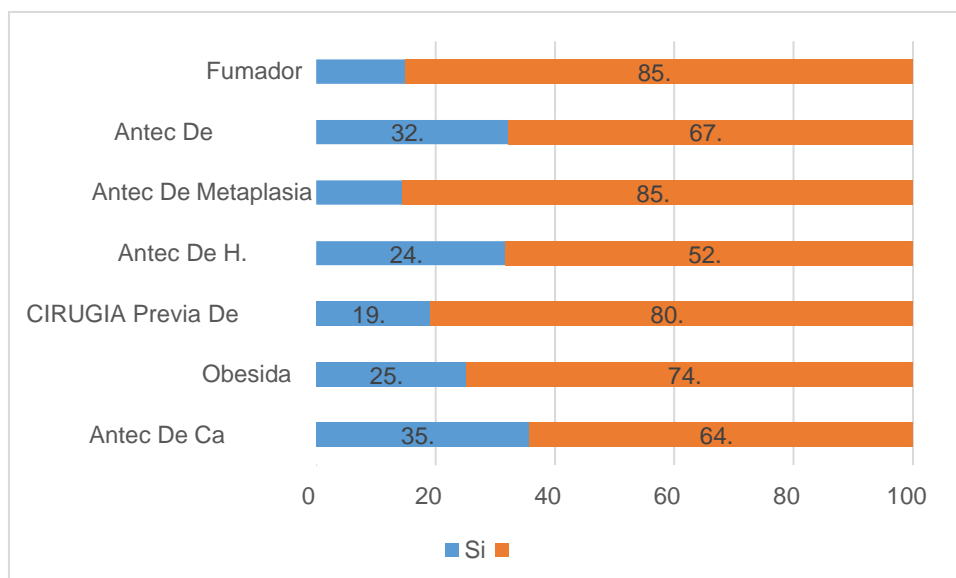


Gráfico 03: factores de riesgo de cáncer gástrico

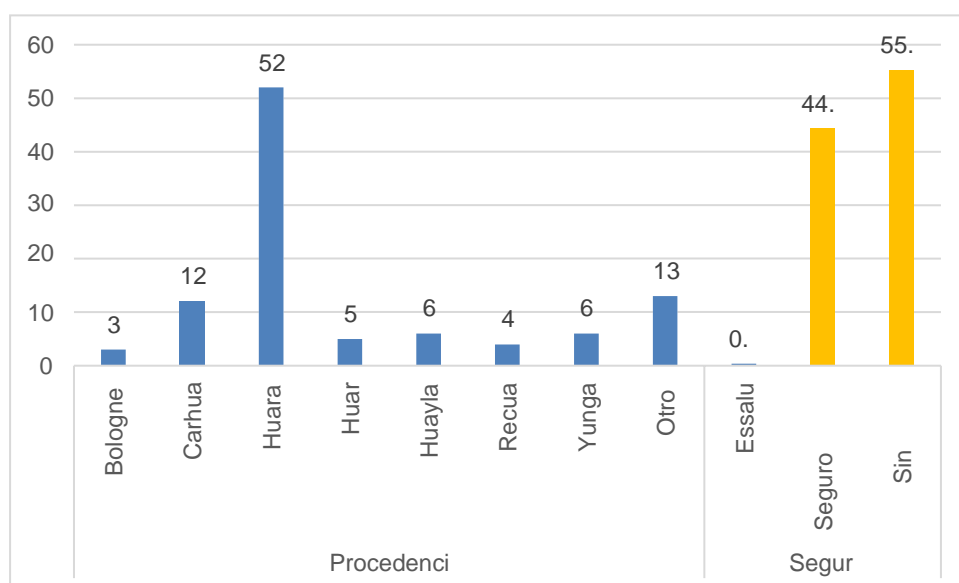


Gráfico 04: Procedencia de los pacientes atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02
		Versión : 09
		Fecha : 23-03-2018
		Página : 1 de 1

Yo, Dra. María Rocío Del Pilar Llaqué Sánchez, docente de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo de Trujillo, revisor (a) de la tesis titulada:

"PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ 2008 – 2018"

de la estudiante Katherine Gisselle Carranza Depaz, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 27 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 04 de febrero del 2019

Firma

Dra. María Rocío Del Pilar Llaqué Sánchez

DNI: 17907759

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable de SDC	Aprobó	Vice Rectorado de investigación
---------	----------------------------	--------	--------------------	--------	---------------------------------

Resumen de coincidencias ×

27 %

Se están viendo fuentes estándar

[Ver fuentes en inglés \(Beta\)](#)

Coincidencias

- | | | | |
|---|---|------|---|
| 1 | Entregado a Universida...
Trabajo del estudiante | 11 % | > |
| 2 | Entregado a Universida...
Trabajo del estudiante | 2 % | > |
| 3 | es.slideshare.net
Fuente de Internet | 2 % | > |
| 4 | repositorio.uigv.edu.pe
Fuente de Internet | 1 % | > |
| 5 | dermatologia.pe
Fuente de Internet | 1 % | > |
| 6 | docplayer.es
Fuente de Internet | 1 % | > |
| 7 | Entregado a Universida...
Trabajo del estudiante | 1 % | > |
| 8 | epidemiobacteudes.blo...
Fuente de Internet | 1 % | > |
| 9 | www.scielo.org.pe
Fuente de Internet | 1 % | > |



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 1

Yo, Katherine Gisselle Carranza Depaz, identificado con DNI N° 71796894 egresado de la Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo, si autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ 2008 – 2018"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


FIRMA

DNI: 71796894

FECHA: 30 de mayo del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vice Rectorado Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	------------------------------